

Sr. Director:

Desearía manifestar algunas reflexiones que considero de interés sobre «el impacto de la cirugía mínimamente invasiva en la artroplastia de cadera y rodilla». La artroplastia de cadera y rodilla requiere un número importante de decisiones, como son la vía de abordaje, el tipo y tamaño de los implantes, el tipo de fijación, el tipo de anestesia, el régimen postoperatorio y la información a los pacientes. Actualmente, parece que debemos añadir la vía de abordaje y/o el tamaño de la incisión.

El término cirugía mínimamente invasiva fue adoptado por los cirujanos cardíacos para reducir la morbilidad, asegurando la seguridad y eficacia del procedimiento quirúrgico abierto convencional. Otras especialidades, como la cirugía abdominal, vascular, urología, ginecología y plástica, han desarrollado técnicas que permiten pequeñas incisiones, con el objetivo de reducir el dolor y conseguir una recuperación más rápida sin olvidar la estética.

Nuestra especialidad no se ha quedado atrás en este tipo de técnicas. Desde la artroscopia, para la cirugía de prácticamente todas las articulaciones, se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas en la cirugía de la columna y en la fijación de las fracturas, entre otras. Recientemente, la aplicación de estas técnicas para la cirugía protésica primaria de cadera y rodilla está aumentando considerablemente y estamos viendo cómo abordajes convencionales que ahora ya nos parecen grandes incisiones dejarán de ser una necesidad para convertirse en un lujo.

Así, definiremos como cirugía mínimamente invasiva «la realización de cualquier procedimiento quirúrgico que pueda llevarse a cabo con la menor lesión de tejidos blandos». Sus objetivos serán disminuir el dolor y conseguir una cicatrización y recuperación más rápidas, reduciendo al mismo tiempo las complicaciones. Muchos sinónimos para este tipo de técnicas (*minimally invasive surgery, less invasive surgery, less invasive dissection, small invasive surgery, MIS-double incision, mini anterolateral approach, mini posterolateral approach, minimally invasive solution procedure*), importados del mundo anglosajón, pueden llevarnos a confusión. En realidad, todas las apreciaciones son modificaciones de abordajes convencionales de la cadera anteriores o posteriores que han ido reduciendo el tamaño de la incisión, respetando en lo posible los tejidos blandos. Sin embargo, hay una excepción: el término MIS-2 incisiones, que es un abordaje nuevo que intenta respetar (aunque no está demostrado) al máximo los músculos, tendones y ligamentos, si bien requiere una curva de aprendizaje diferente y la utilización de fluoroscopia o radioscopia durante la intervención.

Pero es aquí donde empiezan a aparecer las grandes controversias en cuanto a la idoneidad de la técnica debido a la curva de aprendizaje y las complicaciones potenciales que conlleva. Series recientes presentan más de un 40% de complicaciones totales y tasas de reintervención temprana de hasta un 10%. Otros autores advierten que las complicaciones siguen apareciendo después de la curva de aprendizaje y que no aporta nada nuevo. Richard Berger impulsor de la técnica en febrero de 2001 en pacientes seleccionados por debajo de los 76 años y una edad media de 55 años, advierte que ha realizado su particular curva de aprendizaje en más de 40 cadáveres.

Dejo abierta la pregunta sobre si ponemos en riesgo la seguridad del paciente durante la curva de aprendizaje y si el coste total del proceso es realmente inferior al realizado con técnicas convencionales o abordajes reducidos que no aumentan la morbilidad de la intervención quirúrgica ni condicionan el tipo de implante. Se habla de que el paciente puede abandonar el hospital a las pocas horas de la intervención. Muy pocos autores lo demuestran y las complicaciones cardiovasculares y pulmonares tienen su día crítico el tercero de la intervención, sobre todo en pacientes mayores. Actualmente, en nuestro medio se están impulsando este tipo de técnicas, empleándolas cirujanos y hospitales como herramientas de *marketing* y desarrollando la industria nuevos instrumentales. No obstante, se observa en otros ambientes que la euforia inicial se está conteniendo y comienzan a aparecer artículos en los que se demuestra que no hay evidencia de dichas ventajas iniciales tales como menor sangrado y una menor lesión de tejidos blandos.

Así pues, hay que poner en la balanza las posibles ventajas (cosmética, mejor confort postoperatorio, menor sangrado, menor estancia hospitalaria, menor rehabilitación y vuelta más temprana al trabajo) frente a las desventajas (curva de aprendizaje, visión limitada, aumento del tiempo quirúrgico, limitación del tipo de implantes) y las complicaciones derivadas de éstas, tales como lesión de tejidos blandos, lesiones nerviosas y fracturas, entre otras.

Hay un buen número de preguntas por contestar y que parecen tener respuesta en el corto plazo, pero aún no sabemos el comportamiento de estos implantes a largo plazo, ni las consecuencias de las complicaciones que están apareciendo. Cualquier intervención quirúrgica ha de establecerse teniendo en cuenta, además del objetivo terapéutico, la morbilidad y mortalidad de la intervención escogida, tanto desde un punto de vista general como la que se refiere a la práctica del cirujano o del grupo quirúrgico responsable. En el caso de la artroplastia de cadera y rodilla, el cirujano debe encontrarse cómodo con el abordaje, teniendo siempre presentes los principios básicos de este tipo de cirugía.

#### Cartas al Director

Por último, me gustaría resaltar que toda cirugía innovadora estará en función de la experiencia del cirujano, de los fundamentos científicos y de la valoración de los riesgos y beneficios para el paciente y por supuesto de las repercusiones éticas para no caer en el error del cirujano diletante que se dedica a la constante persecución de la novedad técnica.

Como dijo Baltasar Gracián en el siglo XVII, «la inventiva pertenece a los ingeniosos, la buena elección a los prudentes».

*R. Llopis Miró*  
Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid.